

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

144

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LOUBEYRE

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris
Né le 9 mars 1895 à Fouka (Algérie)

DE L'AXIPHROIDIE

Président : M. LABBÉ, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LOUBEYRE

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris
Né le 9 mars 1895 à Fouka (Algérie)

DE L'AXIPHOÏDIE

Président : M. LABBÉ, professeur

PARIS

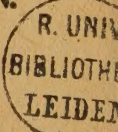
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	{ GILBERT. BEZANÇON ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.



H.—AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET. . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY. . . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 FOIX. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

NOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER. . . Obstétrique.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 RIBIERRE. . . Pathologie médicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 TANON. . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VERNE. . . . Histologie.
 VILLARET . . Pathologie médicale.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT. . . Obstétrique.

MM.

RETTERER. . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
LœPER Clinique médicale.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY Clinique médicale.
SCHWARTZ . . . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du travail,
		les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLAY BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

L'ar délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE

MON PÈRE

MON FRÈRE

GASTON LOUBEYRE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de la Pitié

A MONSIEUR LE DOCTEUR SÉZARY

Médecin de l'Hôpital Broca

A MONSIEUR LE DOCTEUR PISSAVY

Médecin de l'Hôpital Cochin

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Externat

M. LE PROFESSEUR LECÈNE (1920-1921)

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS CASTAIGNE ET
CHIRAY (1921-1922)

M. LE PROFESS. AGRÉGÉ LEREBOULLET (1922-1923)

M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ (1922-1923)

M. LE DOCTEUR MONIER-VINARD (1923-1924)

Internat provisoire (1925-1926)

M. LE DOCTEUR CLOVIS VINCENT

M. LE DOCTEUR PAUL RICHE

M. LE DOCTEUR BOIDIN

DE L'AXIPHOÏDIE

I

INTRODUCTION

Dans une observation princeps, qui fut l'objet d'une communication à la Société Médicale des Hôpitaux en novembre 1919, M. Queyrat émettait pour la première fois l'opinion, que l'absence d'appendice xiphoïde tant chez l'adulte que chez l'enfant pouvait être interprétée dans certains cas comme un stigmate d'hérédosyphilis. Il appuyait cette conception de l'axiphoïde sur son observation clinique déjà longue et sur le fait suivant qu'il rapportait : une fillette de 14 ans, hérédosyphilitique certaine, présentait une absence complète d'appendice xiphoïde en même temps qu'elle était atteinte depuis l'âge de 5 ans, d'une kératite interstitielle bilatérale qui l'avait rendue presque aveugle. Ses réactions humorales étaient positives et l'étaient restées malgré toutes les thérapeutiques instituées.

Ayant constaté d'autre part, à l'exemple de Durozier, l'association possible de l'axiphoïdie avec le rétrécissement mitral pur, dit congénital, il s'était demandé dans un rapprochement de ces deux dystrophies proches parentes, si elles ne relevaient pas d'une même et unique cause : la syphilis héréditaire.

Sa communication ne fit pas grand bruit.

Il reprit son sujet devant la Société de Dermatologie en juillet 1925. Plus affirmatif, il apportait trois nouvelles observations d'axiphoïdie chez des enfants hérédosyphilitiques et il en présentait trois autres chez lesquels on ne trouvait pas trace à l'examen d'appendice xiphoïde. Des avis émis, certains pensèrent que la syphilis héréditaire peut bien intervenir dans la production de cette dystrophie.

MM. Sézary, Vibert et Godel viennent d'attirer récemment l'attention sur cette question. Dans une critique serrée des faits, ils admettent que certaines axiphoïdies relèvent d'une syphilis antérieure.

Après eux, nous abordons l'étude du problème. En déterminer la fréquence, en préciser autant que faire se peut la valeur séméiologique, tels sont les deux points que nous proposons d'élucider dans ce travail modeste.

II

FRÉQUENCE DE L'AXIPHROIDIE

Et tout d'abord quelle est la fréquence de l'axiphoidie ? Si l'on en juge d'après les manuels classiques d'anatomie et les travaux parus sur la constitution du sternum, on voit se dégager cette affirmation que l'appendice xiphôïde est presque toujours constant, que son absence est l'exception.

Dans une thèse anatomique (Toulouse, 1901) Philippe après une étude de 90 sternums l'aurait constamment rencontré. Il rapporte au xiphosternum malgré de nombreuses dissemblances morphologiques une constance pour ainsi dire absolue.

Développé à partir du troisième mois par l'union des parties antérieures des huitièmes et neuvièmes cartilages costaux, il s'individualise nettement au cours du neuvième mois, lorsque la traction des muscles droits l'attire vers le bas et lui fait perdre connexion avec ses points d'implantation primitifs. C'en est qu'à cette époque seulement, qu'il s'unit au corps sternal par une articulation synchondrale. Il reste cartilagineux jusqu'à 3 ans. A cet âge apparaît un point d'ossification qui est double parfois. Beaucoup plus tard et lentement il s'ossifie.

Cette ossification peut ne pas s'ébaucher ou rester imparfaite; l'appendice reste alors durant l'existence totalement ou partiellement cartilagineux.

Tantôt petit ou au contraire volumineux, tantôt incliné en avant, en arrière ou latéralement, il peut être mousse, aigu, bifide par son pôle inférieur. Cette dernière disposition comme nous le verrons est importante à connaître.

Dans deux cas seulement, Anthony (Th. de Lyon, 1898) l'aurait trouvé absent; et encore cette absence existe-t-elle chez des montres où le sternum tout entier est profondément bouleversé.

Qu'est-ce à dire? Faut-il conclure de ces connaissances anatomiques à l'inexistence de l'axiphoïdie ou prétendre qu'elle n'est qu'un terme impropre, consacré par une erreur d'interprétation clinique?

Nous ne le pensons pas. D'abord il paraît rationnel de ne pas trop superposer les renseignements cliniques aux constats anatomiques. Ensuite, comme nous l'avons indiqué, l'appendice xiphoïde peut être bifide; ses deux branches de division parfois atrophiées se continuent insensiblement avec le rebord cartilagineux des côtes. Une telle disposition qui est loin d'être rare, équivaut à une anomalie qui « au point de vue clinique a une signification identique à l'axiphoïdie ». Sans doute, il serait grave anatomiquement de méconnaître l'aspect bifide et atrophié de l'appendice xiphoïde, de conclure systématiquement à son absence anatomique chaque fois qu'il n'est pas perçu cliniquement. Ce serait s'exposer à une erreur grossière. D'ailleurs les faits

viennent à l'encontre d'une telle interprétation. Chez une petite malade de M. Sézary, chez laquelle on avait décelé cliniquement une axiphoïdie typique, l'autopsie pratiquée incidemment a pu montrer qu'elle possédait une appendice bifide atrophié.

Cliniquement, les renseignements que fournit l'examen gardent cependant toute leur valeur. L'absence du xiphosternum lorsqu'il est dûment constaté représente un trouble de développement qu'il est important de noter. Sa valeur ne peut être contestée, d'autant plus que l'axiphoïdie peut s'associer à d'autres anomalies similaires.

L'axiphoïdie existe donc au sens clinique du mot : c'est un trouble dystrophique indiscutable, plus fréquent peut-être qu'on ne le croit. Il suffit pour s'en convaincre d'examiner l'échancrure xiphoïdienne des malades. On verra que les rebords cartilagineux des deux héli-thorax se réunissent parfois à angle très aigu, sans qu'on puisse déceler la trace d'appendice xiphoïde à la palpation profonde, pas plus qu'on ne le perçoit lorsque l'ogive xiphoïdienne est mousse, nette, franchement ouverte.

Une remarque est à faire. M. Léri (compte rendu de la séance de la Société de Dermatologie du 9 juillet 1925) avait émis l'opinion que l'axiphoïdie était contestable chez les enfants, par cela même qu'il est difficile de percevoir chez eux l'appendice xiphoïde encore cartilagineux ou à peine ébauché. « L'axiphoïdie, disait-il, nous semble avoir plus de valeur chez les adultes que chez les enfants, pour la double raison que l'appen-

dice xiphoïde est souvent incomplètement formé et comme écourté chez les enfants et qu'en outre, étant encore en grande partie cartilagineux, il s'enfonce facilement sous le doigt, de telle sorte qu'on peut croire trop facilement à une axiphoïdie qui n'existe pas en réalité. »

Malgré cet avis, il semble néanmoins que l'appendice xiphoïde est perceptible dès la naissance, que chez l'enfant comme chez l'adulte l'axiphoïdie conserve tout son importance. MM. Sézary, Vibert et Godel ont examiné de tout jeunes enfants. Deux fois, sur 32 nourrissons examinés ils ont noté sans hésitation l'absence de l'appendice. Nous l'avons également trouvé parfaitement perceptible chez eux, chaque fois qu'il existait même à l'état rudimentaire. La sangle musculaire abdominale est encore si mince à cet âge qu'elle permet d'explorer sans difficultés la région. Les causes d'erreur sont plus faciles à éviter que chez l'adulte. Chez les enfants, l'axiphoïdie est donc un bon symptôme, nettement décelable.

Ceci étant posé, dans quelle proportion observe-t-on l'axiphoïdie?

Dans leur étude consacrée à ce sujet, MM. Sézary, Vibert et Godel l'ont trouvée 45 fois sur 226 enfants examinés, soit un pourcentage de 20 p. 100.

Nous avons également examiné plusieurs sujets tant adultes qu'enfants. Sur 325 adultes nous avons trouvé 65 axiphoïdiens : soit une proportion de 20 p. 100. Sur 184 enfants et nourrissons nous avons rencontré 42 axiphoïdiens : soit 22,8 p. 100.



D'après ces chiffres l'axiphoïde oscille autour de 20 p. 100.

Nous ajouterons, de même que l'avaient remarqué MM. Sézary, Vibert et Godel, que la proportion d'axiphoïdiens est beaucoup plus élevée chez la femme que chez l'homme.

Sur 5 axiphoïdiens, la proportion suivante peut être établie : 4 femmes axiphoïdiennes, 1 homme axiphoïdien.

III

INTERPRÉTATION

Si la fréquence de l'axiphoïdie est chose assez facile à fixer en clinique, il n'en va plus de même de son interprétation. Les avis sont partagés. Pour les uns, et c'est la majorité, l'axiphoïdie n'est qu'une anomalie banale de développement, sans grande importance, dont il est difficile d'expliquer la cause d'origine si toutefois elle existe. Pour d'autres au contraire, sa valeur séméiologique est beaucoup plus grande, car elle relève d'un processus que l'on peut souvent retrouver et qu'il importe de rechercher.

Toutes les infections, les intoxications maternelles susceptibles d'influencer l'évolution du fœtus peuvent être incriminées.

Le rôle des infections aiguës et des intoxications paraît *a priori* peu vraisemblable. Pour si fréquentes qu'elles soient dans le déterminisme de certains processus morbides chez l'adulte, elles paraissent avoir ici une action bien secondaire. On s'expliquerait mal en effet les rapports qui pourraient exister entre une dystrophie et une infection aiguë passagère ou une intoxication chronique. Cela n'est pas coutume. Admettre leur influence

serait d'une part trouver l'axiphoïdie plus fréquente qu'elle n'est en réalité et d'autre part rattacher à une étiologie incertaine, d'autres malformations identiques qui semblent n'avoir avec elle aucun lien bien solide. Ce n'est qu'à titre d'hypothèse seulement que nous signalons ces différents facteurs, sans leur accorder davantage une importance qu'ils ne paraissent pas avoir.

Il est par contre deux infections chroniques dont la fréquence n'est pas à démontrer, susceptibles de retentir électivement sur l'organisme foetal; ce sont : la tuberculose et la syphilis.

La tuberculose aurait en sans doute jadis une part bien grande. Comment ne pas lui rattacher en effet cette malformation congénitale, lorsqu'elle se montre chez des enfants issus de parents tuberculeux, chétifs, d'apparence débile, et lorsque l'on note simultanément d'autres dystrophies analogues.

Si tenté que l'on soit de rapporter à la bacillose une insuffisance ostéogénétique, il ne semble pas cependant qu'elle intervienne habituellement dans l'éclosion de pareilles dystrophies. Avec ce que l'on sait actuellement de son problème étiologique, il paraît difficile de rattacher l'axiphoïdie à une détermination bacillaire congénitale. Pas plus l'hérédité que le terrain ou l'influence du ralentissement de la nutrition sont justiciables de satisfaire l'esprit et d'entraîner la conviction.

MM. Sézary, Vibert et Godel lui contestent d'ailleurs cette fonction dystrophique : « On pourrait se demander, disent-ils, si l'axiphoïdie que nous avons constatée chez ces enfants n'était pas due à une tuberculose héréditaire,

car tous ces petits malades ont été hospitalisés pour des lésions bacillaires soit pulmonaires soit ganglionnaires. Mais il est facile de répondre que leurs parents, au moment de la procréation, n'étaient généralement pas atteints de tuberculose évolutive et que le plus souvent on pouvait fixer la date de la contamination de ces enfants dans les mois ou les années qui ont précédé leur entrée à l'hôpital. Un tiers d'entre eux ne présentait d'ailleurs que des lésions ganglionnaires discrètes, justiciables du preventorium et non du sanatorium. L'axiphoïdie est donc une anomalie qui paraît bien indépendante de la tuberculose. »

La syphilis par contre, l'hérédo-syphilis pour mieux dire, paraît être la cause plus vraisemblable de cette malformation. Comment ne pas y songer en effet puisqu'on la sait capable de produire de nombreuses perturbations organiques, tant osseuses que viscérales, glandulaires ou autres encore mal connues, de se transmettre de générations en générations avec une virulence plus ou moins atténuée. Aborder le problème de l'axiphoïdie sans chercher de parti pris l'influence de l'hérédo-syphilis ce n'est pas le poser et encore bien moins essayer de le résoudre.

Dans quelle mesure agit-elle, comment et quelle en est la preuve, ce sont là autant de points que nous tâcherons d'élucider.

Il est des cas où la preuve ne paraît pas faire défaut. Tels sont ceux où l'axiphoïdie se retrouve chez les hérédos indubitables, dont les parents sont connus et soignés pour leur vérole. Qu'elle soit isolée ou qu'elle

existe simultanément avec d'autres troubles dystrophiques, il n'est pas possible de ne pas voir une relation de cause à effet. On sait en effet que le tréponème peut coloniser dans le tissu osseux, cartilagineux ou périostique, qu'il peut y déterminer toute une gamme de troubles du développement qui peuvent aller d'un processus aplasique à un phénomène hyperplasique.

Ces cas sont loin d'être rares. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Souvent l'axiphoïdie est décelée au cours d'un examen fortuit chez un individu dont on ne soupçonnait pas la vérole, chez lequel on ne trouve pas d'autres stigmates bien probants d'hérédosyphilis. Doit-on admettre sans preuves du contraire que l'axiphoïdie est banale ou qu'elle relève d'une maladie spécifique antérieure? Le doute est légitime.

Pour arriver à une conception aussi claire que possible du rôle de la syphilis héréditaire dans la genèse de l'axiphoïdie, il importe de rassembler les faits, de les comparer, puis d'en fixer un pourcentage. Ces recherches ne peuvent se faire que chez les enfants, car chez l'adulte elles s'exposent à des erreurs d'interprétation soulevées par la syphilis acquise.

Dans l'étude qu'ils ont consacrée à l'axiphoïdie et aux rapports qui la lient à la syphilis héréditaire, MM. Sézary, Vibert et Godel donnent les résultats suivants :

Nombre de malades examinés.....	226
Nombre d'axiphoïdiens.....	45, soit 20 p. 100
Nombre d'axiphoïdiens dont l'hérédosyphilis est démontrée.....	26, soit 58 p. 100
Nombre d'axiphoïdiens dont l'hérédosyphilis n'est pas démontrée.....	19, soit 42 p. 100
Nombre total d'hérédosyphilitiques reconnus sur les 226 enfants.....	53, soit 23 p. 100
Nombre d'hérédosyphilitiques non axiphoïdiens.....	27, soit 50 p. 100
Nombre d'axiphoïdiens dont les parents sont également axiphoïdiens, dont (1 fois le père et la mère, 11 fois la mère seule).	12
Nombre d'axiphoïdiens dont les frères ou sœurs sont également axiphoïdiens.....	5

Suivant le même exemple nous avons examiné en série des petits malades. Après les avoir classés nous arrivons à la proposition suivante :

Malades examinés.....	129
Nombre d'axiphoïdiens.....	24, soit 18,4 p. 100
Nombre d'axiphoïdiens dont l'hérédosyphilis a pu être démontrée.	12, soit 50 p. 100
Nombre d'axiphoïdiens dont l'hérédosyphilis n'est pas démontrée..	12, soit 50 p. 100
Nombre total d'hérédosyphilitiques reconnus sur 129 enfants.....	22, soit 17 p. 100
Nombre d'hérédosyphilitiques non axiphoïdiens.....	10, soit 45 p. 100

Telle est la proportion globale d'axiphoïdiens, tant ceux qui paraissent syphilitiques que ceux qui ne le sont pas.

Par bien des points notre petite statistique se rapproche de celle de MM. Sézary, Vibert et Godel.

Si nous la reprenons et que nous cherchions à établir un pourcentage d'axiphoïdiens et de xiphoïdiens chez les sujets hérédosyphilitiques d'une part et ceux qui ne le sont pas d'autre part, nous arrivons aux constatations suivantes :

Nombre de malades examinés.....	129
Sujets hérédosyphilitiques : 22	
Axiphoïdiens.....	12, soit 54 p. 100
Xiphoïdiens.....	10, soit 46 p. 100
Sujets paraissant indemnes d'hérédosyphilis : 107 :	
Axiphoïdiens.....	12, soit 9 p. 100
Xiphoïdiens.....	95, soit 91 p. 100

Ces chiffres réclament quelques observations. En premier lieu, il importe de ne pas leur accorder une signification identique à celle d'une équation algébrique. Si concrète qu'elle est, cette formule n'est pas absolue, elle n'est que relative. Comme toute statistique elle n'est soumise à aucune règle fixe. Elle donne *grosso modo* une idée approximative sur les rapports de l'axiphoïdie avec l'hérédosyphilis. Et il faut bien le dire, elle est sujette à des variations, suivant le milieu dans lequel on se place et suivant la proportion d'hérédosyphilitiques que l'on trouve en pratique courante.

Nous avons constaté en effet au cours de nos recherches que le nombre d'axiphoïdiens et d'hérédosyphilitiques, étaient plus fréquents dans les services

de médecine ou de consultations de médecine infantile que dans les services de chirurgie d'enfants.

D'autre part nous trouvons 17 p. 100 d'hérédo-syphilitiques. MM. Sérazy, Vibert et Godel donnent une proportion de 23,5 p. 100. Encore ajoutent-ils : « Mais une proportion plus élevée encore a été trouvée par d'autres auteurs en milieu hospitalier. (Marfan). »

Ces réserves étant faites, on ne peut s'empêcher de faire les deux constatations suivantes à l'examen des faits.

La première, c'est que les hérédo-syphilitiques ne sont pas tous axiphoïdiens : « Il ne serait pas plus exact de dire : « l'axiphoïdie existe seulement chez les hérédo-syphilitiques » que d'affirmer : « tous les hérédo-syphilitiques sont axiphoïdiens. » Chez les hérédo-syphilitiques la proportion d'axiphoïdiens est aussi élevée que celle des xiphoïdiens ; c'est ce que nous avaient montré des examens pratiqués d'autre part dans une consultation d'enfants hérédo-syphilitiques, où une fois sur deux environ nous trouvions une axiphoïdie.

La deuxième, c'est que chez les sujets paraissant indemnes de syphilis héréditaire, la proportion n'est plus la même . Le nombre des xiphoïdiens augmente considérablement alors que celui des axiphoïdiens baisse dans une proportion inverse.

De plus en comparant ces deux propositions, on ne peut pas moins faire que de reconnaître la notable fréquence de l'axiphoïdie au cours de l'hérédo-syphilis, et d'admettre vraisemblablement l'influence de la syphilis dans le déterminisme de cette dystrophie.

Dans quelle variété d'hérédosyphilis l'observe-t-on le plus couramment? Indifféremment dans celle de première que de seconde génération, plus fréquemment semble-t-il dans la première que dans la deuxième. Mais il est un fait sur lequel avait insisté M. Queyrat dans sa première communication, c'est la fréquence de l'axiphoïdie chez des hérédosyphilitiques qui ne sont pas très riches en stigmates d'hérédosyphilis. « Je crois, disait-il, que l'arrêt de développement de l'appendice xiphoïde se voit avec de petites manifestations de syphilis héréditaire et qu'elle a par cela même d'autant plus d'importance. » Tel petit malade avec des tibias en lames de sabre, un front olympien, un nez effondré, une soudure incomplète de sa fontanelle antérieure à un âge avancé, avait, ou avait souvent son appendice. Tel autre au contraire ne l'avait pas, lorsque l'un de ces stigmates seulement existait, ou lorsqu'on notait également un écartement des incisives supérieures, ou une kératite interstitielle, ou une voûte palatine ogivale.

Cette notion de l'axiphoïdie observée dans l'hérédosyphilis pauvre en stigmates habituels, lui donne d'autant plus de valeur séméiologique, qu'elle permet parfois de dépister une vérole latente ou de remonter à elle, lorsqu'elle se déguise sous de multiples aspects trompeurs qui font errer un diagnostic.

M. Queyrat rapporte dans sa deuxième communication une observation fort suggestive. Qu'on nous permette de la reproduire intégralement

« Une dame de 45 ans vient me consulter il y a un mois pour de légers troubles de motricité et surtout de

sensibilité tactile de la main gauche, rien d'autre : la sensibilité à la douleur, à la température est normale. La malade a simplement un peu de difficulté à mouvoir ses doigts, à jouer du piano, par exemple, et si on lui met une pièce de monnaie dans la main, les yeux étant fermés, elles ne sent rien et en cherchant à prendre avec les doigts le corps étranger qu'on lui dit être dans sa main elle ne peut le reconnaître, ni d'ailleurs bien le saisir. Quant au reste, l'état de santé de la malade semble excellent. Ces troubles que son mari attribue au nervosisme ont débuté il y a 15 jours et vont s'accroissant. En l'examinant je constate une absence totale d'appendice xiphoïde, je cherche d'autres stigmates et je trouve une longue scrotale, des plus belles que j'aie vues, puis sur le tibia droit, une grosse hyperostose qui date de l'enfance de la malade et pour laquelle le médecin de la famille, le D^r Blachez, avait fait faire autrefois des applications *in situ*, d'amplâtre de Vigs et prescrit des frictions d'onguent napolitain et de l'iodure de potassium qui étaient d'ailleurs restées sans action sur la lésion osseuse. Commémoratifs familiaux : sa mère est morte paralytique générale, son père mort ataxique.

La séro-réaction est négative et au Bordet-Wassermann et au Hecht. Mais bien entendu cette négativité est sans importance aucune quand il s'agit de syphilis héréditaire et je mets immédiatement la malade au traitement bismuthique (dans l'espèce sigmuth). Je priai mon collègue et ami, M. André Léri, de vouloir bien examiner la malade au point de vue neurologique : il estima qu'il devait s'agir d'une lésion d'origine syphi-

litique : (ou osseuse, ou méningée ou artérielle) et intéressant la région pariétale droite.

Aujourd'hui, après douze injections de sigmuth, l'amélioration est très marquée et la sensibilité revenue en grande partie. »

Dans un même ordre de faits nous rapportons plus loin dans l'observation 76, l'histoire d'une jeune fille venue consulter pour une céphalée tenace et rebelle avec amaigrissement. Nous avons dépisté chez elle une syphilis latente grâce à l'axiphoïdie. Cette céphalée s'est rapidement améliorée sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique.

De tels cas nous paraissent consacrer l'importance clinique de l'axiphoïdie. Si elle existe seule ou si elle apparaît solitaire au premier abord, il faut chercher à la consolider par l'adjonction d'autres stigmates qui peuvent être masqués. Existe-t-elle associée avec ces derniers, on conçoit combien elle est un élément précieux surajouté et renforce un diagnostic qui pouvait être hésitant.

Ces remarques étant faites, quelques réflexions entourent encore le problème des axiphoïdies qui ne font pas leur preuve. Faut-il voir dans ces axiphoïdies, une anomalie banale de développement que rien ne peut expliquer? Faut-il au contraire penser à une syphilis antérieure remontant à plusieurs générations, étant donné les liens qui rattachent l'anomalie à cette affection spécifique; ou encore voir dans l'axiphoïdie une manifestation du transformisme, qui fait que l'appendice

xiphoïde peut être considéré comme un organe rudimentaire en voie d'évolution régressive?

Ce sont là autant d'hypothèses passibles de discussions et qui ne vont peut-être pas sans apporter des aperçus intéressants sur la signification de certaines dystrophies mal classées.

Le rachitisme pourrait être incriminé étant donné sa fréquence. Mais invoquer le rachitisme ce n'est pas résoudre le problème. C'est reconnaître un trouble et pas souvent l'interpréter. L'en accuser, n'est-ce pas d'autre part retomber dans ce terrain hérédosyphilitique du rachitisme dont Parrot s'est fait jadis l'énergique défenseur?

L'anatomie comparée apporte par contre des renseignements beaucoup plus convaincants. Ainsi que l'avaient remarqué, MM. Sézary, Vibert et Godel, elle apprend que l'appendice xiphoïde est en voie de transformation. Bien développé chez les vertébrés inférieurs, en particulier chez les crocodiliens, il s'étend chez ces derniers jusqu'au pubis et donne latéralement insertion à des côtes. Puis au fur et à mesure qu'on s'élève dans la série animale, on le voit diminuer d'importance, plus développé cependant dans certaines espèces que dans d'autres.

L'axiphoïdie humaine reflète-t-elle le stade ultime de cette évolution régressive, ou n'a-t-elle avec elle aucun rapport? Nous ne saurions conclure de ce qu'on observe dans la série animale à ce que l'on voit chez l'homme. Cette théorie est plausible; mais elle ne satisfait quand même pas l'esprit. Elle rend insuffisamment

compte de la persistance de l'appendice xiphoïde chez certains sujets alors qu'il est absent chez d'autres.

Reste donc l'hypothèse d'un trouble du développement. Est-il banal, ou est-il lié à une infection antérieure qui a fixé antérieurement chez les parents et ascendants la dystrophie et qui a été transmise ensuite à leurs descendants? Cette dernière conception paraît tout à fait défendable. Le fait de noter en effet, ainsi que l'avait remarqué M. Sézary, des axiphoïdies héréditaires : paternelles, maternelles ou collatérales; chez des frères, sœurs ou autres proches parents plaide en faveur d'une infection antérieure. Ne peut-on pas alors se demander, si la syphilis n'est pas cette infection antérieure, puisqu'elle est celle qui de toutes les maladies infectieuses est la plus transmissible, celle qui marque avec autant de continuité son empreinte sur le système osseux?

« Les dystrophies d'origine hérédo-syphilitique, dit M. Hutinel dans son livre sur le terrain hérédo-syphilitique, ne s'observent pas seulement chez les sujets contaminés par leurs parents; elles peuvent se retrouver chez leurs descendants. Elles sont susceptibles pour peu qu'elles soient accentuées de se transmettre par voie d'hérédité; mais en passant d'une génération à l'autre elles subissent parfois des modifications qui les rendent plus ou moins méconnaissables. »

Ceci peut nous expliquer l'origine probablement syphilitique de ces axiphoïdies douteuses qu'il est difficile de rattacher à une cause bien évidente. On comprend par là, comment l'axiphoïdie peut sauter une ou deux générations, ainsi que nous l'avons noté dans l'observation 75.

Mais c'est peut-être, en voulant raisonner ainsi, nous laisser entraîner plus loin que ne le mérite un sujet dont la portée pratique s'amoindrit alors. Constatons simplement l'importance de ces notions, et sans conclure d'une manière ferme, disons seulement que dans des cas incertains : « l'axiphoïdie pose le problème de l'hérédo-syphilis mais ne le résout pas » (MM. Sézary, Vibert et Godel).

CONCLUSIONS

L'étude que nous avons tentée sur l'axiphoïdie nous amène aux conclusions suivantes :

1^o L'axiphoïdie est une dystrophie relativement fréquente.

2^o Elle n'a pas une valeur pathognomonique absolue. L'interpréter comme une lésion de maladie héréditaire toujours la même, nous paraît être une proposition inexacte. La statistique que nous avons établie montre en effet, que l'axiphoïdie s'observe approximativement, chez les hérédosyphilitiques dans 54 p. 100 des cas, 9 fois sur 100 chez les individus qui paraissent indemnes de syphilis héréditaire. On ne peut donc pas admettre que l'axiphoïdie relève uniquement de l'hérédosyphilis ; un trouble banal de développement peut lui donner naissance.

3^o Cependant, sa notable fréquence dans la syphilis héréditaire en fait une anomalie, qui sans avoir l'importance d'un signe de certitude n'en est pas moins un stigmate de forte probabilité. L'axiphoïdie conduit

alors à la recherche de cette syphilis antérieure quand elle est discrète.

Tel est l'intérêt scientifique et pratique de cette petite dystrophie, sur laquelle M. Queyrat, MM. Sézary, Vibert et Godel ont attiré l'attention.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS INÉDITES QUI ONT ÉTÉ RECUEILLIES DANS
LE SERVICE DE M. LE D^r SÉZARY A L'HOSPICE DEBROUSSE

OBS. 1. — S... Caroline, 8 ans. Ax. (1). Pas de stigmates
d'hérédo-syphilis. B.-W. négatif.

Père, 34 ans. App. Pas de stigmates d'hérédo. B.-W.
négatif.

Mère, 35 ans. Ax. Pas de stigmates. B.-W. négatif.

Une fausse couche; 7 enfants vivants dont 4 après la
fausse couche; sur les 6 autres enfants 2 Ax.

OBS. 2. — L... Marcelle, 10 ans. Ax. Bacillose pulmonaire
bilatérale. B.-W. négatif.

Père, 35 ans. Ax. B.-W. négatif.

Mère, 31 ans. App. Une fausse couche à 3 mois 1/2. B.-W.
négatif.

OBS. 3. — D... Charles, 8 ans. Ax. Né avant terme. Bacil-
lose pulmonaire bilatérale. B.-W. négatif.

Mère, Ax. Pas de stigmates. B.-W. positif faible. Réflexes
normaux.

1. Nota : Nous désignerons par les abréviations suivantes :

Ax : le terme d'axiphoïdie.

App : l'existence de l'appendice xiphoïde.

OBS. 4. — K... Emilienne, 17 ans. Ax. Pas de stigmates d'héréd. B.-W. négatif.

Mère, 48 ans. Ax. Pas de stigmates de syphilis. Légère paresse pupillaire à la lumière; 8 enfants, 1 décédé. B.-W. négatif.

OBS. 5. — C... Aimée, 16 ans. Ax. Bacillose unilatérale. Pas de stigmates d'héréd. B.-W. négatif.

Mère, App. Paralysie faciale gauche depuis 10 ans, légère surdité; 8 enfants dont 5 décédés à l'âge de 3 ans environ. B.-W. négatif.

OBS. 6. — D... Anna, 15 ans. Ax. Bacillose pulmonaire bilatérale. B.-W. négatif.

Père, 44 ans. App. Pas de signes d'héréd. Pas de syphilis avouée.

Mère, 5 enfants dont 2 décédés en bas âge. B.-W. négatif.

OBS. 7. — D... Suzanne, 13 ans 1/2. Ax. B.-W. négatif.

Père, 50 ans. App. Pas de syphilis acquise connue. Pas de signes de syphilis; éthylique.

Mère, 3 enfants dont 1 décédé en bas âge. Une fausse couche. B.-W. négatif.

OBS. 8. — M... Denise, 12 ans. Ax. Adénopathie trachéo-bronchique. B.-W. négatif.

Père, chancre en 1907. Leucoplasie buccale. App. B.-W. positif.

Mère. Ax. Pas de stigmates. B.-W. négatif.

OBS. 9. — D... Georgette, 11 ans. Ax. Tuberculose pulmonaire bilatérale. B.-W. dissocié.

Frère, 33 ans. App. Pas de signes d'héréd. B.-W. négatif.
Père et mère décédés.

OBS. 10. — B... André, 14 ans 1/2. Ax. Tuberculose pulmonaire. Pas de stigmates cliniques d'héréd. B.-W. une première fois positif, une deuxième fois négatif.

Père, App. Leucoplasie buccale. Pas d'autres signes d'héréd. B.-W. négatif.

Mère, App. Clangor du 2^e bruit. B.-W. négatif.

OBS. 11. — M... Denise, 6 ans 1/2. Ax. B.-W. négatif.

Mère, App. douteuse. B.-W. négatif.

Père décédé. Frère, 10 ans, App.

OBS. 12. — G... Andrée, 12 ans 1/2. Ax. Pas de stigmates d'héréd. B.-W. négatif.

Père aurait eu la syphilis d'après la mère.

Mère, App. Pas de fausse couche. Réflexes pupillaires lents. B.-W. négatif.

OBS. 13. — C... Renée, 11 ans. Ax. Tuberculose pulmonaire. B. W. négatif.

Mère, App. Quatre fausses couches. Réflexes normaux. B.-W. positif faible.

OBS. 14. — J... Jeanne, 5 ans. Ax. Mauvaise dentition. B.-W. négatif.

Mère, 38 ans. Ax. Etat général médiocre. Une fausse couche. Pas d'autres stigmates de syphilis. B.-W. positif faible.

Père, plaques de syphilis acquise. B.-W. positif.

Frère, 11 ans. Ax. Pas de signes d'héréd.

OBS. 15. — C... Emilienne. Ax. Bacilliose pulmonaire
Pas de stigmates d'hérédo. B.-W. négatif.

Mère, Ax. Pas de syphilis acquise. B.-W. négatif.

Deux sœurs Ax. Sans stigmates. B.-W. négatif.

OBS. 16. — S... Max, 7 ans. Ax. dents tombées. B.-W. faiblement positif.

Père, 33 ans. App. Pas de syphilis avouée, leucoplasie buccale. B.-W. positif.

Mère, 33 ans. App. Pas de fausse couche ni d'antécédents spécifiques.

1 frère, 10 ans. Ax. B.-W. positif.

1 sœur, 8 ans. Ax. Dents crénelées. B.-W. positif.

1 sœur, 5 ans. App. Pas de stigmates d'hérédo, n'a que 2 dents. B.-W. positif.

1 frère, 22 mois. App. B.-W. positif.

OBS. 17. — B... Suzanne, 12 ans. Ax. Pas de stigmates d'hérédo. B.-W. négatif.

Père mort pendant la guerre.

Mère, Ax. Pas de fausse couche. B.-W. positif faible.

Grands-parents bien portants.

OBS. 18. — C... Georgette, 8 ans. Ax. Hérédo. Dents inégales. B.-W. positif faible.

Mère, App. Syphilis traitée pendant 4 mois à Saint-Louis.

OBS. 19. — P... Ax. B.-W. positif fort. Pas d'autres stigmates.

Père et mère décédés.

Sœur, Ax. B.-W. négatif.

Cousine, Ax. B.-W. négatif.

OBS. 20. — B... Edmond, 10 ans. Ax. B.-W. positif.

Mère, Ax. Aorte élargie et très opaque.

Père décédé d'angine de poitrine.

Trois enfants morts dont 2 de méningite.

OBS. 21. — R... Alice, 7 ans. Ax. B.-W. positif. Pas d'autres stigmates.

Père, base du nez effondrée, pigmentation en collier. App. Pas de leucoplasie. Réflexes normaux. B.-W. positif.

Mère, App. B.-W. négatif. 5 enfants, 1 mort-né. Inégalité pupillaire réagissant faiblement à la lumière.

OBS. 22. — O... Emilienne, 6 ans. Ax. B.-W. positif faible.

Mère, App. 3 grossesses à terme.

Père, App. Pas de stigmates de syphilis. B.-W. partiellement positif.

OBS. 23. — D... Louis, Ax. Dents espacées, ganglions épitrachéens. B.-W. positif.

2 frères, App.

OBS. 24. — T... Lucienne, 7 ans. Ax. Incisives crénelées. B.-W. négatif.

Mère et un frère App. B.-W. négatif.

OBS. 25. — K... Louise, 12 ans. Ax. B.-W. négatif. Pas d'autres stigmates.

Père inconnu.

Mère, App. Signes de tabès. B.-W. positif.

OBS. 26. — L... André, 17 ans 1/2. Ax. B.-W. positif.
Mère Ax. B.-W. positif.

OBS. 27. — D... Emilienne. Ax. Tuberculose pulmonaire.
Pas de stigmates d'héréd. B.-W. positif.
Père Ax. Pas de signe de syphilis. B.-W. dissocié.
Mère, Ax. Réflexe à la lumière lent. B.-W. positif. Pas de
fausse couche ni de signe de syphilis.

OBS. 28. — M... Marcelle, Ax. B.-W. négatif.
Père et mère, App. Pas de signe de syphilis.

OBS. 29. — S... Renée, 11 ans. Ax. B.-W. positif.
Père et mère, App. Pas de signe de syphilis.
Frère de même.

OBS. 30. — V... Henriette. Ax. Avait une bacillose pul-
monaire, dont elle est morte au cours de son hospitalisa-
tion.

Père décédé de bacillose.
Mère, App. B.-W. négatif. Pas de signe de bacillose.
Sœur, 19 ans. Ax. B.-W. négatif.
Frère, 10 ans. App. B.-W. négatif.
Frère, 6 ans. Ax. B.-W. négatif.

OBS. 31. — R... Raymonde. Ax. B.-W. négatif.
Mère, App. B.-W. négatif.
Sœur, Ax. B.-W. négatif.

OBS. 32. — P... Aimé. Ax. B.-W. positif. Pas d'autres
stigmates.

Père décédé. Mère non vue. 2 enfants morts en bas âge.

OBS. 33. — L... Paulette, 4 ans 1/2. Ax. B.-W. faible.

Mère décédée de bacillose.

Père, App. B.-W. négatif.

OBS. 38. — M... Antoinette. Ax. B.-W. positif faible.

Frère, Ax. B.-W. négatif.

Mère, App. B.-W. négatif.

OBS. 39. — L... Gaston. Ax. B.-W. positif faible.

Mère, Ax. 1 frère décédé.

OBS. 40. — B... Charlet, Ax. B.-W. positif faible.

Père, syphilis certaine. B.-W. négatif. App.

Mère décédée.

OBS. 41. — M... Germaine. Ax. B.-W. négatif.

Père décédé; mère non vue.

OBS. 42. — C... Zoé, 15 ans. Ax. B.-W. négatif.

Père inconnu.

Sœur, 5 ans. Ax. B.-W. négatif.

Mère, Ax. B.-W. négatif.

OBS. 43. — R... Pierre, 15 ans. Ax. B.-W. positif faible.

Père, App. B.-W. négatif.

OBS. 44. — P... Georgette, 14 ans. Ax. Dents d'Hutchinson,
voûte palatine ogivale. B.-W. négatif.

Père décédé de bacillose pulmonaire.

Mère éthylique.

OBSERVATIONS RECUEILLIES A LA CONSULTATION DES ENFANTS HÉRÉDO-SYPHILITQUES DE M. LE D^r LESNÉ ET QUE NOUS DEVONS A L'OBLIGEANCE DE M. LE D^r LEFÈVRE.

OBS. 45. — P... Lucienne, 10 ans. Ax. Convulsions depuis l'âge de 9 ans, traitée depuis 5 ans par des piqûres de HgCy.

Mère : 1 fausse couche de 4 mois, aucune dystrophie osseuse; lésions discrètes de chorio-rétinite de nature syphilitique. B.-W. positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

OBS. 46. — C... Hélène, 5 ans 1/2. Ax. Front bombé échancrure semi-lunaire des incisives supérieures, voûte ogivale. B.-W. négatif.

Mère, Ax. Surdité depuis l'âge de 10 ans, pupilles réagissant faiblement à la lumière. Réflexes normaux.

OBS. 47. — L... Adolphe, 15 ans. Ax. Hémiplégie droite en avril 1923. B.-W. à ce moment positif et plusieurs fois positif ultérieurement. Amélioration par le traitement bismuthique.

OBS. 48. — C... Raymond, 9 ans 1/2. Ax. Né à terme, soigné pour bronchite et céphalée. B.-W. positif.

Mère décédée, mais presque toujours malade.

Père, Ax. Pas de syphilis connue.

OBS. 49. — C... Jacqueline, 1 an. Ax. Grosse rate. Foie débordant; petite hernie ombilicale; nez écrasé à la base;

incurvation des tibias; cranio-tabès; fontanelle largement ouverte; pas de strabisme.

Mère, B.-W. positif.

Père a eu la syphilis.

OBS. 50. — C... Marie, 19 ans. Ax. A depuis l'âge de 5 ans des crises convulsives; aspect lissencéphale de l'enfant; bosses frontales saillantes; dents irrégulières avec striations transversales; atrophie cuspidienne; voûte palatine profonde. B.-W. négatif.

Mère : 1^{er} mariage : 1 enfant mort à 13 mois.

2^e mariage : 1 fausse couche de 4 mois; 2 enfants morts en bas âge.

OBS. 51. — C... Jacqueline, 3 mois. Hérédo-syphilis de 2^e génération. App.

Mère, Ax. 24 ans, née à 7 mois 1/2. Aucune dystrophie, pas d'autres grossesses. B.-W. négatif.

Grand'mère maternelle : 8 fausses couches. Myopie considérable. 2^e bruit aortique un peu claqué.

Grand-père paternel décédé à 58 ans. Aurait eu la syphilis.

Grand-père maternel, a été aux colonies.

OBS. 52. — T... Roger, 3 ans. Ax. Né à terme; crises convulsives après la naissance inhérentes vraisemblablement à une application de forceps; retard de la parole; prononce à peine quelques mots; bosses frontales très marquées; voûte palatine très ogivale; dents cariées. B.-W. négatif.

Mère, 1 seul enfant. B.-W. négatif.

OBSERVATIONS RECUEILLIES PERSONNELLEMENT

OBS. 53. — D... Denise, 6 ans. Ax. Née à terme. Incisives supérieures et inférieures crénelées; gerçures radiées des lèvres cicatrisées; troubles de la vision: amblyopie améliorée par le sulfarsénol depuis le mois d'avril 1925; adénites cervicales; pas de déformations faciales, B.-W. positif.

Mère, 40 ans; tempérament maladif; constitution faible.

OBS. 54. — F... Lucien, 4 mois. Ax. né à terme; hydrocéphale; rate grosse; testicules gros, le droit plus gros que le gauche; strabisme; B.-W. négatif.

Mère, 36 ans; 4 enfants; 2 fausses couches à 5 mois 1/2. B.-W. positif.

OBS. 55. — P... René, 4 ans 1/2. Ax. Né à terme; pas d'autres stigmates dystrophiques; enfant irritable, instable, ayant eu des convulsions tout petit; amélioration du caractère avec le traitement arsenical, disparition des convulsions.

Mère, App. Pas d'autres enfants ni fausses couches.

OBS. 56. — B... Charles, 9 ans. Ax. Né à terme; tête volumineuse; front olympien; racine du nez écrasée; acrocyanose des mains; hémiplegie droite avec diminution considérable de la force musculaire; réflexes exagérés à droite; B.-W. positif. Amélioration des troubles paralytiques sous l'influence du traitement arsenical.

OBS. 57. — F... René, 3 ans 1/2. Ax. Né à terme, hydrocéphale; spina bifida; yeux bridés, incisives supérieures décalcifiées. B.-W. positif.

Mère : 2 enfants morts dans le premier mois après la naissance. B.-W. positif.

OBS. 58. — T... Gabrielle, 12 ans, Ax. Né à terme; aucune maladie infantile. A 5 ans apparition de nystagmus, sans crises convulsives, mais associé à du tremblement. B.-W. positif.

OBS. 59. — D... Maurice, 7 ans. Ax. Né à 7 mois. Incisive supérieures gâtées; atrophie cuspidienne des 2 premières molaires tant à droite qu'à gauche; a encore sa première dentition; front saillant en avant; grosses bosses pariéto-occipitales; fontanelle antérieure soudée depuis quelques mois seulement; nez en selle; 1 testicule en ectopie; onanisme; céphalée fréquente. B.-W. négatif à plusieurs reprises.

Mère, 27 ans. Ax. 3 fausses couches à 4 mois 1/2; sujette à de fréquents maux de tête; a eu 5 frères et sœurs, 4 sont morts à l'âge de 2 ans; B.-W. aurait été négatif.

Père non vu. B.-W. négatif.

OBS. 60. — F... Renée, 31 mois. Ax. Née à terme; vue en novembre 1914, pour une hémiplegie droite qui aurait été remarquée à l'âge de 4 mois seulement; apparue sans cause précise; hémiplegie spasmodique avec léger strabisme convergent; nez aplati; écartement des incisives supérieures. B.-W. négatif.

Amélioration nette par le traitement (frictions, sulfar, mathanol).

OBS. 61. — L... Andrée, 14 ans 1/2. Ax. née à 7 mois;

troubles du caractère, irritabilité, colère, idiotie; B.-W. négatif.

Mère : 2 enfants morts-nés. B.-W. négatif.

OBS. 62. — N... Madeleine, 11 ans 1/2. Ax. Née à 8 mois; soignée pour kératite interstitielle de l'œil gauche; nez en lorgnette, dystrophie dentaires; voûte palatine ogivale; B. W. positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Mère : 2 fausses couches à 2 mois 1/2; 2 enfants morts immédiatement après la naissance. B.-W. positif.

OBS. 63. — K... Suzanne, 10 ans. Ax. Ecartement des incisives supérieures médianes et latérales. Dents en mauvais état, presque toutes gâtées; langue lobulée et vallonnée; B.-W. négatif.

Mère, App. 2 fausses couches, une à 5 mois, une à 3 mois.

OBS. 64. — F... Fernande, 11 ans. Ax. Ecartement des incisives médianes et latérales supérieures; ces dernières sont très petites et crénelées. Mouvements choréïques et instabilité mentale. B.-W. partiellement positif.

Mère, 34 ans. Ax. 6 grossesses, 5 enfants vivants; 1 fausse couche à 5 mois 1/2. B.-W. positif.

OBS. 65. — G... Georges, 13 ans. Ax. Rétrécissement mitral pur, sans crises antérieures de rhumatisme, pas d'autres troubles dystrophiques. B.-W. négatif.

Mère : 3 enfants, pas de fausses couches. B.-W. négatif. Ax.

OBS. 66. — B... à terme; pariétaux élargis et proéminents; foie débordant. Ax.

Mère : 1 enfant venu à 7 mois 1/2, mort au bout de quelques jours. B.-W. négatif.

OBS. 67. — A... Ginette, 3 mois. Ax. Hérédo en pleine évolution, coryza avec croutelles péri-buccales; syphilides papuleuses du front et des joues; ostéopériostite des 2 tibias; rate augmentée de volume; souffle systolique à la pointe.

OBS. 68. — R... Marcel, 11 mois. Ax. Né à 7 mois 1/2, bel enfant, sans autres stigmates dystrophiques.

Mère : 1 fausse couche à 5 mois. B.-W. négatif.

OBS. 69. — M... Germaine. Ax. Prématurée née à 8 mois, pas d'autres stigmates.

Mère : 1 fausse couche à 7 mois. B.-W. négatif.

OBS. 70. — P... garçon, 1 mois 1/2. Ax. Présente 2 gros testicules avec noyaux épидидymaires. Bosses frontales accusées.

Mère : Ax. Pas de dystrophies. B.-W. positif faible.

Sœur : 18 mois. App. rudimentaire à peine perceptible, ne marche pas encore. B.-W. positif faible.

OBS. 71. — R... Pierre, 6 mois. Ax. Né à terme, nez en seille. Bosses frontales accusées. Pas d'autres stigmates.

Mère : App. Pas de troubles génitaux. B.-W. négatif.

OBS. 72. — J... Mireille, 12 ans. Ax. Bosses frontales. Pas d'autres dystrophies osseuses. Se développe mal, crises d'asthme apparues depuis 4 à 5 ans, améliorées par le traitement arsenical. B.-W. négatif.

Mère : Ax. 1 enfant mort à 3 ans 1/2 de convulsions; 1 fausse couche à 2 mois 1/2. B.-W. négatif.

Obs. 73. — Enfant de 3 semaines. Ax. Venu à terme.

Mère, 34 ans. Ax. hospitalisée pour céphalées qui durent depuis longtemps; aucun trouble dystrophique; 2 enfants morts quelques jours après la naissance. B.-W. négatif.

Obs. 74. — B... (mère), 27 ans. Ax. Pas d'autres dystrophies; pas de fausses couches; 3 frères morts en bas âge quelques jours après la naissance. B.-W. négatif.

Enfant, 1 mois, athrepsique. App. rudimentaire.

Obs. 75. — J... (mère), 24 ans. Ax. Hérédosyphilitique de première génération; père syphilitique, mort jeune subitement; a été traitée depuis l'âge de 14 ans par du benzoate de mercure et de l'arsenic ainsi que 5 autres frères et sœurs. Maux de tête; troubles visuels intermittents en rapport avec un astigmatisme de l'œil gauche; réflexes normaux. B.-W. positif fort.

Enfant, 3 ans 1/2. App. bituberculé. Signes d'hérédosyphilis; coryza dès la naissance; hypertrophie des parietaux; voûte palatine ogivale; incisives supérieures écartées; gros ventre; foie gros; ganglions épitrochléens; état général médiocre, amaigrissement qui dure depuis des mois; B.-W. positif.

Obs. 76. — B... Yvonne, 24 ans. Ax. Consulte pour céphalée persistante, tenace, diurne et surtout nocturne non calmée par le repos. Amaigrissement; teint anémique et cireux, suspectée de bacillose mais aucun signe appréciable à l'exa-

men clinique et radioscopique. Pas d'autres dystrophies. B.-W. (égaré). Céphalée améliorée rapidement par le trépar-sol.

Mère, Ax. Réflexes normaux; pupilles inégales et réagissant faiblement à la lumière. Clangor du 2^e bruit à la base. B.-W. positif.

OBS. 77. — B... Suzanne, 55 ans. Ax. Voûte palatine incomplètement soudée à sa partie moyenne; nez en lorgnette; pupilles inégales et réagissant faiblement à la lumière; souffle diastolique rétro-xiphoïdien, n'aurait jamais eu de crises de rhumatisme. Réflexes normaux. Pas de kératite, mais acuité auditive fortement diminuée depuis son jeune âge. Pas mariée, ni enfants, ni fausse couche. B.-W. négatif.

BIBLIOGRAPHIE

QUEYRAT. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 28 novembre 1919.

— *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* de juillet 1925.

SÉZARY, VIBERT ET GODEL. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* du 21 janvier 1926.

Vu, le Président de la thèse
LABBÉ

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

